|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞏ÁOK | 🞏FOK | 🞏GYTK | 🞏ETK | 🞏EKK | 🞏PAK |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NÉV: | SZÜLETÉSI HELY: | SZÜLETÉSI IDŐ: |
| ANYJA NEVE:  | LAKCÍM: | TELEFONSZÁM: |
| BALESET ESETÉN ÉRTESÍTENDŐ:  | E-MAIL: |

Fent nevezett, ezennel nyilatkozom, hogy mint egészségügyi dolgozónak a ……………………………………………………………………………………………………….munkakörre vonatkozó alkalmasságomat a mellékelt igazolás \* alapján …………………………..-én már megállapították.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az egészségi alkalmasságomban az elmúlt egy évben változás nem következett be.

Kelt

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 aláírás

\* A nyilatkozat a hivatkozott alkalmassági vizsgálat eredményével együtt érvényes, így azt a nyilatkozathoz csatolni kell!